

|                                      |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :           |                                |
| DATE DE NAISSANCE :                  | ÂGE :                      ans |
| TÉLÉPHONE :                          |                                |
| ADRESSE PERMANENTE :                 |                                |
| CODE POSTAL :                        | VILLE :                        |
| COURRIEL :                           |                                |
| TÉLÉPHONE POUR CONTACT LE MERCREDI : |                                |

**AUTORISATION PARENTALE** : Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, ☐ père, ☐ mère, ☐ tuteur, tutrice légal(e) de l'inscrit ci-dessus, l'autorise à participer au Club Aventure organisé par le Syndicat Mixte d'Etudes d'Aménagement et de Gestion (S.M.E.A.G.) de la Base de Plein Air et de Loisirs de Jablines-Annet et atteste avoir :

- pris connaissance des informations générales relatives au fonctionnement de ce dernier;
- dûment rempli **la fiche sanitaire**.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 202\_

SIGNATURE :

### DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, ☐ autorise / ☐ n'autorise pas le Syndicat Mixte d'Etudes d'Aménagement et de Gestion de la Base de Plein Air et de Loisirs de Jablines-Annet à utiliser les images représentant mon enfant mineur durant la période d'accueil à titre d'information et d'illustration pour ses supports de communication pouvant faire l'objet d'une diffusion départementale, régionale ou nationale.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 202\_

SIGNATURE :

### ASSURANCE

Le stagiaire est couvert en Responsabilité Civile par le biais de l'Ile de Loisirs de Jablines-Annet pendant toute la durée de la session. Nous vous rappelons l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommages corporels. Concernant les objets mobiliers et le matériel placé par le stagiaire dans les lieux mis à disposition, l'Ile de Loisirs de Jablines-Annet demeurera affranchie de toute indemnité en cas d'accident ou de sinistre quelle qu'en soit la cause et sa responsabilité ne pourra être engagée de ce fait.

**DÉCHARGE PARENTALE** : Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, ☐ père, ☐ mère, ☐ tuteur, tutrice légal(e) de l'inscrit ci-dessus, atteste avoir pris connaissance des horaires d'ouverture et de fermeture du Club Aventure et à cet effet :

☐ j'autorise mon enfant à rentrer seul;

☐ j'autorise mon enfant à rentrer avec les personnes suivantes :

**Listes des personnes ayant 17 ans révolus et habilités à venir chercher l'enfant :**

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

Toute personne venant chercher l'enfant doit être munie d'une pièce d'identité et figurer sur cette décharge.

En cas de force majeure, une personne non désignée ci-dessous pourra chercher l'enfant à la condition que le représentant légal en ait avisé la direction.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 202\_

**SIGNATURE :**

**DOCUMENTS FOURNIS (cadre réservé au Service Administratif de l'Île de Loisirs)**

☐ Brevet de natation

☐ Certificat médical OU attestation sur l'honneur d'aptitude physique (voir dernière page)

☐ Règlement de 275 € en : ☐ Espèces

Pour un encaissement en :

☐ ANCV

☐ Septembre

☐ Octobre

☐ Novembre

☐ CB

## SESSION 2026-2027

*Tous les mercredis hors-vacances scolaires, de 14H à 17H*

du mercredi 9 septembre 2026 au mercredi 9 juin 2027

|                                                                                                               |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>NOM &amp; PRÉNOM DE L'ENFANT :</b>                                                                         |                                                                |
| <b>DATE DE NAISSANCE :</b>                                                                                    | <input type="checkbox"/> GARCON <input type="checkbox"/> FILLE |
| <b>RESPONSABLE DE L'ENFANT</b>                                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR, TUTRICE LEGAL(E) |                                                                |
| <b>N° SECURITE SOCIALE :</b>                                                                                  |                                                                |
| <b>NOM &amp; PRÉNOM :</b>                                                                                     |                                                                |
| <b>TÉLÉPHONE DOMICILE :</b>                                                                                   |                                                                |
| <b>TÉLÉPHONE BUREAU :</b>                                                                                     |                                                                |
| <b>TÉLÉPHONE PORTABLE :</b>                                                                                   |                                                                |
| <b>ADRESSE :</b>                                                                                              |                                                                |
| <b>CODE POSTAL :</b>                                                                                          | <b>VILLE :</b>                                                 |
| <b>NOM &amp; PRÉNOM DU CONTACT LES MERCREDIS</b><br>(si différent du responsable légal de l'enfant) :         |                                                                |
| <b>TÉLÉPHONE DU CONTACT DURANT LE MERCREDI :</b>                                                              |                                                                |

| VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) |                          |                          |                            |                                                                                                                                                            |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| VACCINS OBLIGATOIRES                                                                        | oui                      | non                      | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS                                                                                                                                        | DATES |
| Diphtérie                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Hépatite B                                                                                                                                                 |       |
| Tétanos                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole                                                                                                                                 |       |
| Poliomyélite                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Coqueluche                                                                                                                                                 |       |
| Ou DT polio                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Autres (préciser)                                                                                                                                          |       |
| Ou Tétracoq                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (pas de contre-indication pour le vaccin anti tétanique). |       |
| BCG                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                                                                                                                                            |       |

| RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT                                                                                                                                                                                                    |                                                                               |                                                                              |                                                                                |                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L'enfant suit-il un <b>traitement médical</b> pendant l'accueil au Club Aventure ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                   |                                                                               |                                                                              |                                                                                |                                                                                                 |
| Si oui, joindre une <b>ordonnance</b> récente et les <b>médicaments</b> correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. |                                                                               |                                                                              |                                                                                |                                                                                                 |
| L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?                                                                                                                                                                                               |                                                                               |                                                                              |                                                                                |                                                                                                 |
| <b>RUBÉOLE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                                    | <b>VARICELLE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>ANGINE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | <b>SCARLATINE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>COQUELUCHE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                                 | <b>OTITE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non     | <b>ROUGEOLE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>OREILLONS</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |                                                                                                 |

|                                                                                                |                     |                                                           |                        |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>ALLERGIES :</b>                                                                             | <b>ASTHME</b>       | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>MÉDICAMENTEUSES</b> | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
|                                                                                                | <b>ALIMENTAIRES</b> | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>AUTRES :</b>        |                                                           |
| <b>PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)</b> |                     |                                                           |                        |                                                           |
|                                                                                                |                     |                                                           |                        |                                                           |

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

**NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif)**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'organisateur du Club Aventure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 202\_

**SIGNATURE :**



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE

### IDENTITE :

Nom ..... Prénom .....

Représentant légal de l'enfant .....

Adresse .....

Code postal ..... Commune .....

### ACTIVITE DE LOISIR CONCERNEE :

« Multisport Terrestre / Nautique »

☐ Je déclare que mon enfant ne présente pas de contre-indication médicale pour participer à l'activité ci-dessus, organisée par l'Île de Loisirs de Jablines-Annet, et dégage toute responsabilité de l'organisateur de ces activités.

☐ J'ai connaissance des risques afférents à la pratique sportive, et du fait qu'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive n'est pas obligatoire (l'Île de Loisirs de Jablines-Annet n'étant pas affiliée à une fédération sportive) mais que celui-ci est conseillé afin de garantir l'état de santé de mon enfant. Je ne souhaite néanmoins pas produire de certificat médical, sous mon entière responsabilité.

☐ Cette attestation est valable pour l'ensemble de la saison, soit jusqu'au 9 juin 2027.

Date ..... / ..... / ..... Signature,